

## **L'inspiegabile sottovalutazione L'impatto delle delibere della regione Marche sugli utenti e sui servizi socio-sanitari**

Crediamo valga la pena ritornare sull'impatto di alcuni dei contenuti delle delibere 1011 e 1195/2013 sui servizi diurni e residenziali socio-sanitari rivolti a persone con disabilità, anziani non autosufficienti, soggetti con disturbi psichici, persone con demenza. Lo facciamo, perché ci sembra non sia così diffusa la consapevolezza delle ripercussioni che la loro applicazione avrà sui fruitori e su alcuni servizi oggetto delle delibere.

La diffusa tendenza a guardare gli effetti sul "proprio servizio", impedisce una valutazione d'insieme che atti come questi richiedono. Se grazie al lavoro della Campagna "Trasparenza e diritti", è al momento scongiurata (ma forse solo rimandata) la creazione di nuclei da 20, accorpatisi con altri (fino a 60 posti), con altre tipologie di servizi (salute mentale, anziani, demenze, disabilità) rimane aperta la questione degli standard assistenziali, delle figure professionali che li compongono, della ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (applicazione Dpcm 29.11.2001, sui livelli essenziali).

Proseguiremo volutamente in modo schematico e sintetico, soffermandoci, in particolare, sulla proposta di standard assistenziali (minutaggi e figure professionali). Chi vorrà, potrà trovare nei riferimenti finali, strumenti per l'approfondimento.

### **Nucleo su nucleo**

In premessa vale la pena ribadire che la Campagna "Trasparenza e diritti" nasce con l'appello del 2012, **[Marche. Appello per regolamentare i servizi socio sanitari e applicare i Lea](#)**, proprio per giungere ad una regolamentazione del sistema dei servizi socio-sanitari – compresi quelli domiciliari - e per applicare la normativa sui livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. L'iniziativa nasce dalla constatazione delle pesanti conseguenze sulle persone che necessitano di servizi socio-sanitari domiciliari, diurni e residenziali, del sistema di offerta. L'analisi di decine e decine di accordi tra l'Asur e soggetti gestori (pubblici e privati) sono palese dimostrazione di un sistema inadeguato ed iniquo<sup>1</sup>.

Da molto prima, alcune delle organizzazioni che hanno dato vita alla Campagna hanno denunciato, in solitudine, la crescita esponenziale di servizi (gestiti sia dal profit che dal no profit) che sommando nello stesso edificio autorizzazioni diverse hanno dato vita ad accorpamenti spesso selvaggi. Accorpamenti, come si denuncia da oltre un decennio, che la normativa ha fin qui permesso non vietando la possibilità di sommare nuclei su nuclei sia della stessa tipologia che di tipologie diverse.

### **Standard, figure professionali e servizi. L'impatto**

Cominciamo dall'area riguardante la **salute mentale**, quella attualmente più deregolamentata e cerchiamo di vedere quale impatto gli standard previsti potranno e potrebbero avere sull'offerta attuale. Partiamo dall'analisi di questi servizi nei quali vi è la più alta concentrazione di incoerenza tra classificazione e funzione sia rispetto alla tipologia di utenza (disabili/salute mentale) che sul livello assistenziale (autorizzazione no personale h24, servizio con personale h24). Come abbiamo avuto ripetutamente modo di segnalare, l'utilizzo di strutture per funzioni diverse da quelle per le quali le stesse hanno ricevuto autorizzazione, determina una errata e dunque fuorviante fotografia dell'offerta esistente. Una situazione cui è

---

<sup>1</sup> Per un'analisi dettagliata, si veda il libro del Gruppo Solidarietà (2013), *Trasparenza e diritti, Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche*, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=3213>. Altre analisi successive alla pubblicazione del testo sono consultabili in, <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>, con il titolo *Servizi socio-sanitari nelle Marche. Gli effetti del mancato governo regionale*.

indispensabile tenere conto nel momento in cui si andrà ad ipotizzare una proposta di fabbisogno.

- Nei circa 160/180 posti attivi di **Residenza protetta disabili** (rd3.2) è ipotizzabile che una metà siano residenze rivolte a persone con disturbi mentali che accolgono utenti inviati dai Dipartimenti di salute mentale. Tariffe e ripartizioni degli oneri sono le più varie. Lo standard di queste residenze (Regolamento 3-2006) è di 230/270 minuti giorno per ospite. Se questi posti dovessero essere riconvertiti in Comunità protette (srp3.1) lo standard dovrebbe scendere a 118 minuti, quand'anche in SRR (srp2.2) a 146. La differenza con una CP sarebbe di oltre 100 minuti.

- Anche nei circa 90 posti di **Comunità alloggio disturbi mentale**, è ipotizzabile che una buona quota di posti abbiano una copertura h24. Di questi diversi hanno minutaggi superiori a quelli delle comunità protette. Dunque neanche la loro riconversione in Srp3.1 garantirebbe il mantenimento degli standard erogati.

- Anche nei posti autorizzati come **RSA anziani** ci sono alcuni moduli (almeno 50 posti) destinati specificatamente a soggetti con disturbi psichici che verrebbero ricondotti alla Srp.2.2. con il minutaggio previsto di 146 minuti. In questo caso non dovrebbero esserci grandi differenze rispetto agli standard presenti.

- Gli standard (che non sono stati mai determinati dalla Regione) di un gran numero di posti di **Comunità protette** (attivi circa 300) è di gran lunga superiore a quello previsto nella delibera. Molte sono le comunità con minutaggi tra 150 e 170 minuti. L'ipotesi tariffaria indicata in alcune elaborazioni regionali è inoltre molto lontana dalle tariffe praticate in molte di queste residenze. Il maggiore standard non trova, peraltro, motivazione nella più bassa capacità recettiva in quanto quelle analizzate hanno capacità recettiva da 20, e diverse sono nuclei all'interno di strutture a più moduli.

- Sarebbe poi importante capire l'impatto dei nuovi standard con le attuali SRT/SRR e con i Centri diurni. La gran parte di questi posti sono gestiti direttamente o con rapporti convenzionali dall'ASUR.

Anche nell'area **anziani**, sarebbe importante verificare come gli standard previsti impattano sull'attuale sistema di offerta a riguardo di **RSA** (r2-r2d), e **centri diurni** (SR/SRD). Nel primo caso, in particolare, riguardo le RSA a diretta gestione ASUR ([Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)), caratterizzate, dalla loro attivazione a seguito di riconversione ospedaliera, per la prevalente gestione di malati, non necessariamente anziani, in dimissione ospedaliera. Verificato l'impatto del minutaggio di 90 minuti previsto per il Centro diurno demenza (SRD) con i circa 150 posti attivi (legge 20/00), occorrerebbe verificare gli standard attuali dei circa 300 posti dei Cd della legge 20/2000, per i quali, come è noto, riteniamo debba essere definito lo standard assistenziale e considerati a tutti gli effetti sociosanitari (sul punto rimandiamo al documento della Campagna dello scorso 4 aprile <http://leamarche.blogspot.it/2014/04/tavolo-anziani-il-documento-di.html>), dunque con la ripartizione degli oneri al 50% come da dpcm 29.11.2001). Non sarebbe, inoltre, difficile capire la tipologia di utenza ospitata nei Centri (ad esempio quanti sono non autosufficienti e fruitori di indennità di accompagnamento), visto che l'ammissione in questo, come in tutti i servizi sociosanitari di questa area avviene a seguito di valutazione da parte dell'Unità valutativa integrata (UVI).

Riguardo infine l'area **disabilità**, nulla cambia rispetto alle strutture diurne e residenziali oggetto degli accordi con le strutture di riabilitazione (ex art. 26/833). Si mantengono inalterati, quando presenti, standard e tariffe. Si sceglie inoltre di non inserire il minutaggio – mai definito – delle Unità speciali (rd1.4) e dei Centri diurni (legge 20/2000). Si introduce il Centro diurno per minori (motivandolo con le indicazioni della normativa sui Lea), che si dichiara comunque non verrà mai attivato. Siccome si tratta di normativa che dovrà trovare spazio nella successiva regolamentazione sulle autorizzazioni, è opportuno abrogare da subito questa parte. Se è stato inserito perché previsto dalla ambigua normativa nazionale, non si capisce perché allora non sono state inserite le prestazioni intensive dell'area anziani previste sia nei LEA che nel Documento del ministero della salute sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali con il codice R1.

## Osservatorio Marche, n. 25 del 22 aprile 2014

Ma la questione più importante riguarda i servizi semiresidenziali (Cser) e residenziali (Coser) della legge 20/2002. Sono le due tipologie di servizio per i quali la legge 20/2002 non ha definito minutaggio ma una indicazione di rapporto operatore utente.

Il Centro diurno (Cser)<sup>2</sup> è un servizio (Regolamento 3/2006) specificatamente rivolto a disabili gravi; nel caso ci siano utenti che non si trovino in questa condizione si tratta di inappropriata e dunque la verifica va fatta con i soggetti (Umea) che ne dispongono l'accesso. Ai sensi della normativa sui LEA per questa tipologia di servizio non si può che applicare la stabilita ripartizione degli oneri: 70 alla sanità, 30 al sociale.

Quanto alla tariffa l'ipotesi di 60 euro giorno (ricordiamo che i Centri diurni della legge 20/2000 sono classificati con 3 diverse tariffe pari a: 83, 107, 137 euro), appare sottostimata e non comprende sicuramente il costo del trasporto che come è noto è un servizio del Centro ed è una voce di costo assai significativa.

Quanto alle Coser, come è risaputo la stragrande maggioranza di utenti sono in condizioni di grave disabilità. Basterebbe verificare il minutaggio della gran parte delle comunità che supera ampiamente i 200 minuti fino a superare, in molte situazioni, i 300 (il minutaggio previsto per le Coser - 120 minuti - è incompatibile con tutte quelle attualmente presenti. Dunque per queste non può che valere, vista la tipologia di utenti ospitata, la ripartizione prevista per le residenze protette insieme all'assimilabilità degli standard complessivi (non necessariamente delle figure professionali così come stabilito dal regolamento 3/2006).

Le disposizioni, come è noto, contenute nelle delibere 1011 e 1195 sono diverse e funzionali a non riconoscere che questi servizi sono rivolti a persone con grave disabilità e dunque a non assumere gli oneri conseguenti. E' al riguardo abbastanza stravagante e paradossale che laddove l'applicazione dei LEA comporta maggiori oneri per la sanità (mai assunti dal 2001 ad oggi ed anche precedentemente in applicazione al decreto 8.8.1985 in tema di prestazioni sociali a rilievo sanitario) ora si invochi una supposta indefinizione dei servizi, richiamando la necessità di una previa valutazione delle persone inserite. Come già è stato ampiamente indicato, nel caso siano presenti all'interno del servizio (anzi dei diversi servizi non solo Cser e Coser) persone non in situazione di gravità si applichi la ripartizione 40/60 per il residenziale ed il contributo forfettario per il CD, in attesa che si trovino percorsi adeguati per le persone per le quali il Centro diurno non è un servizio appropriato.

I diversi livelli su cui si pongono le questioni (non ultimo quello della legittimità delle modifiche in ordine al percorso normativo regionale: atti di competenza del Consiglio o di giunta previa passaggio in Commissione), crediamo suggeriscano molta cautela ai fini del percorso applicativo. Ma è chiaro, che potremo essere soddisfatti se, non solo verranno cancellate alcune delle disposizioni presenti ma se si apporgerà un significativo miglioramento sia riguardo l'attuale offerta che la ripartizione degli oneri. Ritenerne, come in troppi tendono a voler far credere, che l'applicazione del dpcm sui LEA, determini maggiori oneri per utenti e Comuni, significa voler volutamente presentare la realtà in maniera distorta, con il solo obiettivo di ridurre la competenza finanziaria della sanità.

E' necessario, infine, che non si tardi ad aprire il capitolo del **sostegno alla domiciliarità**, sia a riguardo del funzionamento complessivo delle cure domiciliari (ivi compreso l'applicazione dei LEA per quanto riguarda l'assistenza tutelare che prevede per la sanità l'assunzione di oneri al 50%), sia ad interventi di sostegno economico (assegni di cura) delle persone non autosufficienti volti al mantenimento al domicilio. Interventi per i quali - al pari della residenzialità - la competenza finanziaria, riguarda sia il settore sociale che quello sanitario.

### Per approfondire

Le schede, sotto indicate, permettono di approfondire le tematiche affrontate nella presente analisi<sup>3</sup>.

- [Dopo le delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari. Gli atti, le parole, i fatti](#)
- [Le delibere della regione Marche dopo la manifestazione di "Trasparenza e diritti"](#)
- [Servizi sociosanitari. L'applicazione dei livelli essenziali di assistenza nelle Marche](#)

<sup>2</sup> Vedi, [Quali Centri diurni per disabili nelle Marche dopo le delibere regionali?](#)

<sup>3</sup> Si veda anche la sopra richiamata (nota 1) pubblicazione del Gruppo Solidarietà, "Trasparenza e diritti".